FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°: 477

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

CARBONELL née GALLOUËDEC Louisette
Externe des Hôpitaux de Paris
Née le 27 Décembre 1939 à PARIGNÉ-L'ÉVÊQUE (Sarthe)

présentée et soutenue publiquement
le 2 juin 1966

LE DEPISTAGE PRECOCE DES CANCERS AU COURS DES EXAMENS DE SANTE DE LA SECURITE SOCIALE 1956-1965

Président de thèse : Monsieur BOYER professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°: 477

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

CARBONELL née GALLOUÉDEC Louisette
Externe des Hôpitaux de Paris
Née le 27 Décembre 1939 à PARIGNÉ-L'ÉVÊQUE (Sarthe)

présentée et soutenue publiquement
le 2 juin 1966

LE DEPISTAGE PRECOCE DES CANCERS AU COURS DES EXAMENS DE SANTE DE LA SECURITE SOCIALE 1956-1965

Président de thèse: Monsieur BOYER professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDARD d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE(G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.) MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), Pasteur VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.) -

DOYEN ..... Georges BROUET
1er Assesseur ..... Daniel BARGETON
2ème Assesseur ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

1° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)

Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
-	KUSS (R.)
-	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	N..
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N..
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
-	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	GAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) DREYFUS (J.Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Parasitologie expérimentale	LOEPER (J.) RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) ROUCAYROL (J.C SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN I GOUGEROT (L.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIE (P.)
-	(Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB
	-	N..
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544323_0003

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) MERLE d'AUBIGNÉR.

\- - - - (Foch) PADOVANI (P.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants malades) FEVRE (M.)

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) ..... MATHEY (J.)

Clinique dermatologique (St-Louis) ..... DUPERRAT (F.)

Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

Clinique de génétique médicale (Enfants Malades) ..... LAMY (M.)

Clinique gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis) ... DEGOS (R.)

Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades) ..... TURPIN (R.)

Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard) ..... MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne).. DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)

Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales

- Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
- Broussais ..... MILLIEZ (P.)
- Cochin ..... BROUET (G.)
- Hôtel Dieu ..... BARIETTY (M.)
- Lariboisière ..... SEZE (S. de)
- Pitié ..... DREYFUS (G.)
- Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
- Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)

Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants Malades) .. MARIE (J.)

Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANCON (L

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu) ..... DEROT (M.)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMME (M.)
(Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
- - (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI P
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent de Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié)	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRE (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)

Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.) BOUR (H.) CABROL (Ch.) GROSSIORD (A.) LAMBLING (A.) LAUNAY (Cl.) PAYET (M.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F.) WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)

Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER G.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV - PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Melle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE R.
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), LAURENT H. LE NOIR (G.)
Bibliothècaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Melles DUROZOY (M. F.), ROBERGE Dr SCHILLER (J.)

A mon père,

dont le souvenir si cher sera toujours à ma mémoire

A ma mère

A mon mari

A ma fille Laure-Arminia

A mes frères et sœurs

A mes beaux-parents

A tous mes amis

A Monsieur le Professeur Jean BOYER

- Membre de l'Académie de Médecine

- Président de la Chaire d'Hygiène et de Médecine Préventive à la Faculté de Médecine de Paris

- Officier de la Légion d'Honneur

- Officier de la Santé Publique

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre respect.

A Monsieur Le Docteur MICHOLET

Médecin Chef de la Prévention Générale
à la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale
de la Région Parisienne

qui nous a guidés avec bienveillance
et dont les conseils ont été précieux
tout au long de ce travail.

Qu'il veuille trouver ici l'expression
de toute notre gratitude.

A Mademoiselle le Docteur MAUVE

A Madame le Docteur CHAMPEAU

Nous les remercions vivement de l'aide amicale qu'elles nous ont apportée à chaque moment de l'élaboration de cette thèse.

A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

A nos Maîtres d'Externat

Monsieur le Docteur CHIGOT

Monsieur le Professeur BROCARD

Monsieur le Professeur FEVRE

Monsieur le Docteur FOUQUET

Monsieur le Docteur GRENET

Monsieur le Professeur MICHAUX

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour leur enseignement de chaque jour.

INTRODUCTION

L'accroissement du nombre des cancers, qui retient de plus en plus notre attention ces dernières années, fait de cette affection un véritable fléau social.

Le nombre de décès qui lui sont imputables - environ 1/5 de la mortalité annuelle - , la constatation qu'il atteint, en forte proportion, les sujets en pleine activité sociale et professionnelle, entraînent un préjudice national. C'est pourquoi la Caisse Primaire Centrale de la Sécurité Sociale de la Région Parisienne fait converger tous ses efforts pour en faire un diagnostic précoce et, par là même, assurer le maximum de chances de guérison.

L'examen de dépistage systématique semble un des meilleurs éléments de lutte pour "gagner de vitesse" cette affection.

Les Examens de Santé s'efforcent donc de faire un examen clinique le plus complet possible pratiqué par des médecins praticiens ou hospitaliers avertis et particulièrement soucieux de ce problème. De plus, ils perfectionnent, dans la mesure de leurs moyens, leurs méthodes de dépistage.

Il nous a paru intéressant de montrer dans une première partie, l'organisation du Centre de dépistage des Examens de Santé, qui veut toucher l'ensemble de la population parisienne,atteignant non seulement les chefs de famille salariés, mais surtout leurs épouses, enfants et ascendants, et ainsi des sujets d'âge très varié.

Dans la deuxième partie, nous avons réuni les résultats obtenus au cours de ces dix dernières années en les groupant suivant la localisation, le sexe, l'âge et nous avons donné enfin un aperçu des pourcentages de survie au moins 5 ans après.

ORGANISATION DU CENTRE DE DEPISTAGE DES EXAMENS DE SANTE

I - Définition et but des Examens de Santé :

L'Examen de Santé a pour but de donner à chaque individu d'une collectivité le bilan de son "équilibre physiologique" à un moment déterminé.

Il s'agit donc de faire un examen clinique le plus complet possible de toute personne se croyant en bonne santé, afin de dépister d'éventuels symptômes inconnus de celle-ci ou qu'elle n'a pas jugés suffisamment alarmants pour motiver une consultation.

Nous augmentons, de ce fait, les chances de l'individu d'échapper à la maladie et, par conséquent, nous lui donnons une "certaine sécurité par l'évaluation de son état de santé" avec l'esprit de développer l'idée de prévention.

II - Législation régissant les Examens de Santé dans le cadre de la Sécurité Sociale :

La création de ces examens a découlé de l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 devenu l'article 294 du Code de la Sécurité Sociale.

> "La Caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un Examen de Santé gratuit."

"En cas de carence de la Caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen".

Puis l'article 36 du R.A.P. du 29 décembre 1945 confie à la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale le soin d'organiser cette coordination.

Ces deux premiers articles ont été complétés par :

- L'arrêté ministériel du 19 juillet 1946 qui détermine les modalités générales des liaisons avec les autres systèmes de prévention, la périodicité et la nature de ces examens. Il permet enfin à l'assuré qui le désire de confier à son médecin traitant, moyennant remboursement forfaitaire et à condition que la Caisse ait communication des résultats, l'établissement d'un bilan de santé.
- L'arrêté du 11 février 1947 (modifié le 22 décembre 1960) qui fixe le montant de ladite indemnité forfaitaire.
- L'arrêté du 21 mars 1947 qui réglemente le modèle des fiches de résultats servant de liaison entre les législations préventives.
- Enfin, la circulaire n° 139 S.S. du 29 mars 1947 qui précise les modalités d'application.

Les examens sont pratiqués :

- par les services de la Protection Maternelle et Infantile pour les périodes :

de six à dix huit mois

de trois à quatre ans

- par les services de l'Hygiène Scolaire en périodes scolaires,
- dans le cas des Examens de Santé, qui sont l'objet de notre étude, ils retiennent actuellement les périodes de la vie de :

19 à 21 ans

25 à 30 ans

35 à 40 ans

45 à 50 ans

55 à 60 ans

- en outre, deux tranches d'âge ont été ajoutées :

45 et 55 ans

On doit toutefois remarquer qu'aucune mesure n'est envisagée pour imposer efficacement ces examens aux intéressés.

Ceux-ci doivent comporter :

- un examen clinique général
- une exploration radioscopique ou radiophotographique du thorax
- une analyse qualitative des urines (sucre et albumine)
- la recherche sérologique de la syphilis
- enfin, une réaction cutanée à la tuberculine chez l'assuré jeune, si celle-ci n'a pas été positive antérieurement.

Ces examens de santé sont strictement préventifs. Toute notion de médecin de soins en est exclue ; en effet, nous savons que leur rôle est celui de dépistage : Dépister toute affection quelle qu'elle soit, ignorée jusque là de l'intéressé qui ensuite, incité à consulter son médecin traitant, pourra

être soigné précocement avec le maximum de chances de guérison.

III - Organisation des Examens de Santé dans la Région Parisienne

C'est la Caisse Primaire Centrale de la Région Parisienne qui, la première, a mis en place les examens de santé gratuits dans sa circonscription et ceci, depuis le 13 mai 1947.

La Prévention Générale a son siège d'action 5, rue de la Durance PARIS 12°, La grande démographie, dont a charge la Caisse Primaire Centrale, permet de faire aujourd'hui une étude statistique sur un très grand nombre d'observations de personnes se considérant "à priori" en bonne santé.

IV - Population explorée

Chaque année on établit environ 500.000 convocations permettant ainsi d'alimenter les Centres des Examens de Santé (en effet, il faut à peu près un chiffre moyen de 55 convocations par médecin examinateur pour que dix assurés se présentent).

Depuis 1961, des équipes itinérantes dressent ces convocations d'après le fichier des Centres payeurs.

Ceci permet :

- le classement immédiat par localité de résidence,
- l'élimination du risque de convocation d'assurés décédés,
- un recencement exact du contingent annuel par localité.

Ce mode de convocation, bien que présentant des imperfections (l'assuré ne fait pas toujours connaître ses domiciles successifs ; ceux qui ne sont

plus salariés continuent d'y figurer), semble cependant être le meilleur instrument dont dispose la Caisse.

A partir de ces sources, un fichier est organisé en vue des examens systématiques avec :

- classement par lieu de résidence correspondant au Centre,
- à l'intérieur de ce cadre, par tranches de 5 ou 10 ans d'année de naissance à partir de l'année 1897.

Ainsi, cette année, sont convoqués les assurés nés en 1906, 1911, 1916, 1921, 1926, 1936 et 1943 (on choisit l'année 1943 et non 1946 car les hommes nés à cette date sont, en grande partie, au service militaire).

Les convocations (voir modèle ci-joint) ainsi établies et envoyées dix jours avant la séance prévue, précisent que peuvent en être dispensés :

- les enfants examinés par la Protection Maternelle et Infantile et l'Hygiène Scolaire,
- les jeunes mères suivies médicalement au titre de l'assurance "Maternité"
- les bénéficiaires des prestations "Maladie longue durée" et "Invalidité"
- les personnes récemment examinées dans leur entreprise par la Médecine du Travail.

Cela rend compte d'une fréquentation de nos Centre de l'ordre de 20 %.

De plus, notons :

- que tout assuré peut être accompagné des membres de sa famille,
- qu'il n'y a pas d'obligation légale réelle pour l'assuré,
- qu'enfin, l'examen est entièrement gratuit.

CONVOCATION

Nous vous prions de bien vouloir vous présenter de ___h___ à ___h___ accompagné de votre famille à la séance d'examens de santé qui aura lieu le _____ au

A LIRE ATTENTIVEMENT

LA CAISSE DOIT SOUMETTRE L'ASSURÉ ET LES MEMBRES DE SA FAMILLE A CERTAINES PERIODES DE LA VIE A UN EXAMEN DE SANTÉ GRATUIT. (Art. 294 du code de la Sécurité sociale).

Sont **dispensés** de cette obligation :

- Les enfants, examinés par la Protection Infantile et l'Hygiène Scolaire.
- Les jeunes mères, suivies médicalement au titre de l'assurance « Maternité ».
- Les bénéficiaires des prestations « Maladie de longue durée » et « Invalidité ».
- Les personnes récemment examinées dans leur entreprise par la Médecine du travail.

Si l'un d'entre vous ne peut se présenter à la date ou au lieu indiqués, un autre rendez-vous lui sera fixé. Écrivez, **en franchise postale**, en précisant ce qui convient le mieux, au

SERVICE DES EXAMENS DE SANTÉ : 5, Rue de la Durance PARIS (12e)

Les centres d'examens de santé fonctionnent généralement le soir. Mais certains sont ouverts dans la journée *(notamment pour les femmes au foyer)* ou le samedi.

Ces examens ne donnent pas droit aux indemnités de déplacement ou de perte de salaire.

T. S. V. P.

CPCSS 10-65 409

Ainsi, compte tenu du pourcentage des présents (20 %), notre étude sera faite sur une population présentant des caractères particuliers et nos statistiques de dépistage obtenues dans ces conditions ne pourront être comparables à celles publiées par exemple par les Centres anti-cancéreux : ceux-ci, très spécialisés, ne drainent, la plupart du temps, que des malades venus plus spécialement sur les conseils de leur médecin traitant pour une lésion suspecte, ou bien des sujets inquiétés par la survenue d'un symptôme qui leur paraît relever d'un tel Centre.

V - Le déroulement des Examens de Santé

L'assuré est convoqué, comme nous venons de le voir, au Centre local d'examens de santé le plus proche de son domicile, selon un horaire adapté à la population active.

Les horaires se situent en général de 18 à 21 heures ; toutefois, quelques Centres fonctionnent dans l'après-midi ou le samedi et d'autres, éloignés en banlieue, fonctionnent entre 17 et 20 heures.

Pour les zones périphériques à densité démographique restreinte, la solution de la consultation itinérante par camions équipés de la radiophotographie et spécialement aménagés, a été adoptée.

Dans ces Centres de base, le sujet est vu par un médecin généraliste.

C'est le premier temps, mais essentiel, de nos Examens de Santé.

Après un interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux, cet examen clinique, fait de façon systématique et strictement conforme aux

impératifs légaux, porte sur :

- l'état général (poids et taille)
- l'aspect des téguments
- les appareils respiratoire
  circulatoire
  digestif
  urogénital
  et locomoteur
- la rate, les glandes endocrines et les aires ganglionnaires
- l'examen clinique soigneux des seins
- enfin, le neuropsychisme (avec recherche des réflexes)
- les touchers rectaux et vaginaux difficilement acceptés par les assurés, ne sont pas pratiqués à ce stade.

En outre, sont effectués :

- un examen radioscopique ou radiophotographique
- une recherche sérologique de la syphilis
- une analyse qualitative des urines
- éventuellement, une cuti-réaction.

Un centre de base comporte également un dépistage des affection dentaires (rue Delbet).

Tous ces résultats sont notés sur une fiche médicale individuelle (voir ci-joint)

Une étude approfondie de cette fiche est réalisée par un service spécialisé dit Centre Réviseur : pivot de l'ensemble du système.

SÉCURITÉ SOCIALE | CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA RÉGION PARISIENNE

Centre d'examen _____ Date _____ N° _____

EXAMEN DE SANTE

Né le _____ situation de famille _____

Profession _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS — Situation militaire : s. armé _____ s. x. motif _____

Réformé : motif _____ pension _____

Affections congénitales _____

Maladie : _____

Maladies vénériennes (syphilis) _____

Réactions sérologiques antérieures _____

INTERVENTIONS CHIRURGICALES _____

Invalidité Sécurité sociale _____

Accidents du travail _____ I. P. P. _____

Autres accidents _____

Maladies professionnelles _____

Autres intoxications _____

B. C. G. (Date) _____

Test tuberculinique _____

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET FAMILIAUX

ASCENDANTS - CONJOINT - COLLATÉRAUX	ENFANTS

☆ ☆ C. P. C. S. S. 1-65 449

Ce centre groupe des vacateurs médicaux, étudiants en médecine en fin de scolarité ou en cours de spécialisation, externes des hôpitaux de Paris, sous la direction de Médecins. Il s'agit là d'un travail de synthèse qui aboutit à l'alternative suivante :

1) L'assuré n'a présenté aucun symptôme alarmant, aucun signe évocateur d'une affection organique importante :

   dans ce cas, un compte-rendu résumant toutes les phases des examens pratiqués est mis en forme, dactylographié, vérifié et adressé sans délai, par poste, à l'intéressé. C'est à celui-ci d'en informer son médecin traitant, lorsqu'il croira devoir le consulter.

   Un tel document représente, dans le temps, un repère général de sa santé.

2) Au contraire, l'étude de l'observation clinique, des résultats de laboratoire, du compte-rendu de l'investigation rédiologique, a révélé un signe anormal :

   dans ce cas, une demande d'examen auprès d'un spécialiste sera formulée. L'assuré sera prié, sur nouvelle convocation (voir modèle ci-joint), de se présenter au Centre dit de "spécialiste" Tous les éléments d'information réunis seront envoyés ensuite au Centre réviseur et le bilan définitif dactylographié parviendra à l'assuré.

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE DE LA R.P.
PREVENTION GENERALE
5, rue de la Durance - PARIS (12ème)

- Téléphone -
307 - 43 - 59
Poste 257

Cpte Chèque Postal
- PARIS 9175 - 31 -

A RAPPELER DANS TOUTE CORRESPONDANCE

Le

Notre référence
EXAMENS DE SANTE
Votre référence

Objet **Examen complémentaire spécial**

M.,

Comme suite à l'examen de santé que vous avez passé précédemment, nous vous serions obligés de bien vouloir vous présenter au :

DISPENSAIRE FURTADO-HEINE
10, rue Delbet - PARIS 14° METRO : ALESIA ou PLAISANCE

le .....à .....h.....muni de cette convocation.

Nous nous permettons d'attirer votre attention sur l'intérêt de vous présenter aux jour et heure indiqués, afin que nous soyons en mesure de vous adresser, dans les délais les plus brefs, les résultats complets de votre examen de santé.

En cas d'empêchement, écrire en franchise postale en retournant la présente convocation.

Agréez, M., l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Chef du Service :

N.B. - *Prière d'apporter* **TOUS DOCUMENTS MEDICAUX** *en votre possession (radios - laboratoire, etc..)*

CPCSS 2-65-423*

Il est bien évident que les examens spécialisés concernent de nombreuses disciplines (cardiologie, phtisiologie, gastro-antérologie, etc...), mais, lorsqu'un symptôme plus évocateur d'une affection maligne est retenu, nous adressons le malade directement dans un centre particulièrement préoccupé des problèmes de carcinologie.

VI - Le Centre de Diagnostic de Carcinologie

Ainsi, primitivement, la Caisse Primaire Centrale de la Sécurité Sociale de la Région Parisienne s'est adressée au service de "Dépistage des Tumeurs" de la Caisse Régionale, rue Jenner.

Ce service carcinologique disposait de la collaboration de personnalités éminentes dont une grande partie était issue du service de Monsieur le Professeur DENOIX.

Mais, récemment, pour des raisons d'ordre immobilier, la Caisse Régionale avec l'ensemble de ses services s'est regroupée dans le très grand immeuble situé 17 - 19, rue de Flandre. De ce fait, le service de la rue Jenner a été transplanté et a perdu son nom de "Centre de Dépistage des Tumeurs" au profit de celui de "Centre de Diagnostic", appellation certainement plus vaste et moins orientée.

Dans les mêmes temps, les moyens nous en ayant été fournis, nous avons créé depuis octobre 1962 notre propre circuit de gynécologie-carcinologie et depuis novembre 1964 de proctologie-carcinologie. Aussi, les chiffres statistiques fournis reflèteront-ils les résultats, à la fois des consultations de carcinologie de la Caisse Régionale et de celles fonctionnant grâce à notre propre action.

Il est difficile d'énumérer tous les signes cliniques qui amènent à demander cette deuxième convocation, car, parfois, c'est sur une impression de tout un ensemble clinique que nous le ferons. Néanmoins, des instructions toutes particulières sont données aux étudiants du Centre Réviseur, lesquels savent bien qu'une série de symptômes doit les inciter à réclamer un examen de carcinologie.

Schématiquement, on pourra retenir, à titre d'exemples, les signes suivants :

- tout nodule intra-mammaire, même ancien, et toute rétraction ou ombilication du mammelon,
- toute lésion cutanée extensive ou traînante et toute leucoplasie buccale suspecte,
- toute laryngite chronique et, à plus forte raison, toute "gêne laryngée",
- toute métrorragie,
- toute rectorragie, même si elle est attribuée à des hémorroïdes et si elle survient chez un sujet jeune (ainsi, nous avons été amenés à dépister un certain nombre de cancers du rectum au tout début),
- tout trouble digestif récent,
- toute image pulmonaire anormale et plus particulièrement suspecte de malignité,
- tout nodule thyroïdien,
- tout trouble fonctionnel urinaire (dysurie ou hématurie ...)
- toute splénomégalie ou toute adénopathie,
- enfin, tout amaigrissement inexpliqué.

Dès l'arrivée du sujet sur nouvelle convocation (voir feuille ci-jointe) au Centre de Diagnostic, un dossier est immédiatement établi à son nom ainsi que les références de son médecin traitant habituel.

En effet, tout au long des différentes étapes qui permettront de suspecter, d'affirmer ou d'infirmer la nature cancéreuse de l'affection présentée par l'assuré, le médecin traitant de ce dernier sera constamment associé à nos recherches et sollicité pour donner son accord.

L'examen est pratiqué par l'un des Médecins spécialistes (alors en possession de la demande d'examen émanant du médecin vacateur du Centre Réviseur - voir modèle ci-après) d'une des dix disciplines prévues :

- Gastro-Entérologie
- Gynécologie
- Médecine Générale
- Otorhinolaryngologie
- Pneumologie
- Urologie

Il comporte :

- Un interrogatoire approfondi sur le passé personnel du malade et les signes fonctionnels et généraux qu'il présente,
- un nouvel examen somatique complet,
- enfin, les examens complémentaires dont on sait l'intérêt pour le dépistage du cancer.

Un certain nombre de ces examens complémentaires sont faits au Centre même, rue de Flandre :

Pour les affection mammaires

- ponction mammaire
- mammographie

Pour les affections pneumologiques

- graphies, face et profil
- tomographies
- examen bactériologique de l'expectoration

Pour les affections digestives

- graphies sans préparation
  et avec préparation (lavement baryté, etc...)
- anuscopie
- rectoscopie et biopsie

Pour les affections génitales de la femme

- frottis
- test de Schiller
- colposcopie
- biopsie

Pour les affections urologiques

- un examen chimio-cytobactériologique des urines
- urographie intra-veineuse

4.389/65 NV 600

CAISSE RÉGIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE PARIS

CENTRE DE DIAGNOSTICS
3, rue du Maroc
PARIS 19ème

Téléphone : 206. 30-00 - Poste 32-46

Référence à rappeler : PARIS, le

M

A la suite de l'examen médical que vous avez subi, Monsieur le Médecin-Chef du Service des Examens de Santé de la Caisse Primaire Centrale vous a conseillé de vous soumettre à un examen complémentaire.

Nous sommes à votre disposition pour effectuer cet examen, le :

au CENTRE DE DIAGNOSTICS, 3, rue du Maroc, PARIS XIXº, 1er étage,
Métro : STALINGRAD.

Je vous conseille d'apporter tous les documents médicaux, notamment les clichés radiographiques et les comptes-rendus des examens de laboratoire que vous pourriez avoir en votre possession.

S'il vous est absolument impossible de répondre à cette convocation je vous demande de bien vouloir m'en informer, aussi rapidement qu'il vous sera possible afin que nous puissions convenir d'un autre rendez-vous.

Je vous prie d'agréer, M , l'assurance de mes sentiments distingués.

LE MEDECIN CHEF

Centre, date et n° de passage du 1er examen

ASSURÉ N° _____ N° d'immatriculation

H☐|F☐|PM☐

Nom _____

Prénoms _____ Profession _____

Adresse _____

BÉNÉFICIAIRE Nom, Prénoms _____

H☐ | F☐

A☐ | C☐ | E☐ N° d'immatriculation ou date de naissance _____

ASC.☐ | COLLAT.☐ | ALLIÉ☐ | Célib.☐ | Marié☐ | Veuf☐ | Div.☐

Demandé par le Contrôle médical de _____ Au Médecin-Spécialiste _____

| à statuer sur pièces ☐ | malade convoqué ☐ | malade à convoquer ☐ | pour le _____ à _____ heures

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE MEDECIN-CONSEIL

Repos réglé du _____ au _____

Signes de suspicion

le _____ 19 _____

Signature :
Médecin-vacateur S.S.

REPONSE DU MEDECIN SPECIALISTE — DIAGNOSTIC

SERVICES MEDICAUX ET SOCIAUX *Demande d'examen médical.*

☆ ☆ C.P.C.S.S. 8-63 558

Pour les affections otorhinolaryngologiques

- examen au miroir de Clar
- biopsie de gencive et du voile du palais

Pour les affections osseuses

- graphies, face et profil

Enfin, tous les examens hématologiques et urinaires habituels

- numération - formule sanguine
- vitesse de sédimentation
- phosphatases alcalines et acides, etc...

Par contre, certains examens plus poussés pourront se dérouler dans le service du Docteur Guy ALBOT pour les affections digestives, dans celui du Professeur MATHE pour les affections sanguines, enfin dans celui du Professeur DENOIX pour toutes les autres affections.

A l'issue de toutes ces investigations, le diagnostic est bien souvent de règle Le médecin traitant est aussitôt prévenu des résultats du bilan médical de son client. Sur sa demande, il disposera toujours du dossier complet de celui-ci pour qu'il puisse le conseiller utilement.

De toute façon, tous les dossiers passés par "le Centre de Diagnostic" sont conservés et classés. Les assurés sont suivis grâce au service social qui s'informe de leur état de santé, soit dans les Centres de soins, soit à leur domicile, et qui les reconvoque à dates régulières.

Dans le cas où le diagnostic n'a pu être posé de façon formelle mais où la suspicion d'affection maligne est restée grande, l'assuré sera régulièrement invité, dans les mois qui suivent, à se présenter de nouveau et nous poursuivrons nos investigations.

C'est ainsi que, tant dans l'intérêt de l'assuré que sur le plan des études statistiques, l'évolution sera suivie pas à pas par le truchement du Service Social.

En résumé, nous avons passé en revue :

- dans un premier temps, le groupe de population auquel s'adressent nos examens de dépistage,
- dans un deuxième temps, les différents stades de ces examens, leur fonctionnement et leurs moyens d'investigations.

Notre essai statistique sur le dépistage précoce des cancers se fera donc dans ces limites.

VII - Dépistage systématique des cancers du col de l'utérus aux Examens de Santé

Nous terminerons cette première partie par une étude récente et toute particulière mais qu'il convient de signaler à part,tant elle est de première importance : c'est le dépistage systématique des cancers du col de l'utérus.

En effet, dans le cadre de la prévention, la Caisse Primaire Centrale de la Sécurité Sociale de la Région Parisienne s'est engagée actuellement dans la voie de ce dépistage.

Elle a tout d'abord participé, et participe toujours, au titre des Examens de Santé, aux frais de fonctionnement des consultations créées à cet effet dans différents services hospitaliers. Dans ces services, les femmes examinées sont des consultantes relevant de disciplines variées, mais dont les principales sources en sont les services de Maternité, où des frottis systématiques sont effectués.

Il a été possible ainsi de dépister chez 2 % de ces femmes, un cancer gynécologique à un stade clinique ou infra-clinique.

Devant ces résultats, une consultation de gynécologie propre aux "Examens de Santé", exclusivement orientée vers le dépistage précoce du cancer du col utérin, a été ouverte en Octobre 1962. Elle permet d'atteindre un public plus large, sur une clientèle dite de "tout venant", femmes à priori en bonne santé.

La prise de conscience par la population de la gravité du cancer, grâce à l'éduction sanitaire, a contribué à faire reculer hésitations et préjugés, et les réponses positives à nos invitations sont de plus en plus grandes.

L'assurée ayant accepté le principe d'un tel examen est convoquée sur sa demande, puis examinée par une femme médecin spécialiste gynécologue.

Les différents temps de l'examen sont :

- un examen gynécologique sans préparation avec prélèvement des frottis
  - . vaginal
  - . exocervical
  - . endocervical

- une colposcopie
- une colpophotographie en couleurs
- une biopsie éventuelle.

A l'issue de la consultation, qui est faite dans un but uniquement de diagnostic, toutes les anomalies éventuelles sont alors signalées au médecin traitant de l'assurée.

Voici les résultats obtenus d'octobre 1962 à décembre 1965 :

(Ces chiffres font l'objet d'une étude à part et ne seront pas repris dans les statistiques globales du chapitre suivant).

1) Nombre de sujets examinés

pendant cette période, 1.710 femmes se sont présentées à cet examen.

2) Nombre de cancers dépistés

sur l'ensemble des frottis pratiqués, 16 se sont révélés être de classe IV ou V ;

dans 15 cas, nous avons eu confirmation histologique de ces frottis positifs.

Il s'agissait de :

a) 2 cancers du corps

b) 13 cancers du col

dont : 5 invasifs
8 au stade intra-épithélial

Il faut noter, en outre, que dans 21 cas, nous avons obtenu des frottis de classe III : ces assurées seront reconvoquées.

3) Age des femmes porteuses d'un cancer génital

Les cancers intra-épithéliaux ont été décelés chez des femmes relativement jeunes, entre 42 et 45 ans, sans passé gynécologique ni obstétrical, sans trouble gynécologique actuel.

Quant aux deux cancers du corps dépistés, il s'agissait de femmes de 47 et 60 ans.

4) Pourcentage de dépistage

Le pourcentage de dépistage de notre propre consultation qui s'adresse au "tout venant" est d'environ 1 %.

Deux exemples de cancers du col utérin dépistés par notre consultation

Nous avons sélectionné deux exemples, opposés quant au stade, de cancers du col utérin dépistés par la méthode de la cytologie exfoliative au cours de l'année 1965.

Mme T... 50 ans - Examen le 9. 6. 65

Mère de 4 enfants, ménopausée depuis deux ans, elle ne présente aucun antécédent gynécologique pathologique, aucun signe fonctionnel anormal.

Au toucher vaginal, l'utérus est antéfléchi, mobile, les culs-de-sac sont souples.

A la colposcopie, on note une zone rouge basiforme de la lèvre antérieure. Les frottis pratiqués sont de classe IV et montrent qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde différencié probalement invasif.

La biopsie confirme le diagnostic de cancer invasif stade I.

Mme T... a subi en juillet 1965 une curiethérapie, puis une hystérectomie totale avec annexectomie.

Mme P... 42 ans - Examen le 10.2.65

Cette femme ne présente aucun antécédent gynécologique particulier et aucun signe fonctionnel.

Au toucher vaginal, l'utérus est antéfléchi, les annexes ne sont pas perçues.

A la colposcopie, on note : leucoplasie en relief, zones de base et de mosaïque.

Les frottis pratiqués sont de classe V et montrent qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde mature probablement encore intra-épithélial.

La biopsie confirme le diagnostic de cancer intra-épithélial.

Nous ne connaissons pas encore la décision thérapeutique qui a été prise, mais une amputation du col peut suffire dans les cas pris à ce stade O.

--- Il est évident que les mesures thérapeutiques et la gravité des conséquences dans le premier cas sont sans commune mesure avec les moyens restreints mis en œuvre dans le second, ainsi que les excellents résultats obtenus habituellement.

--- Après avoir souligné l'intérêt fondamental du dépistage précoce du cancer, tant du point de vue de l'assuré dont l'avenir est certes notre préoccupation majeure, que de celui de la thérapeutique dont les mutilations se verront réduites à leur minimum, il ne semble pas inutile enfin d'envisager l'aspect financier de cette action d'un double point de vue: celui de l'assuré et celui de la société.

Une étude des frais hospitaliers et médicaux nécessaires dans les cas d'un cancer du col utérin évoluant vers la guérison et d'une lésion suspecte a été faite dans un service hospitalier :

1 - CANCER DU COL UTERIN ENVAHISSANT EVOLUANT VERS LA GUERISON :

- Immobilisation : 1 an soit au demi salaire environ	4.800
- 1 er temps : Pose de Radium : hospitalisation 20 à 25 jours à 93 F. par jour	2.325
Location du Radium : 40 mg - 10 jours	115,2
Honoraires médicaux K 80 à 0,99	79,2
- 2 ème temps chirurgical : hospitalisation 20 à 25 jours à 93 F. par jour	2.325
Honoraires K 150 à 1,55	82,5
- 3 ème temps physiothérapie : 8 à 12 000 r	
R 7 par séance de 250 r : 40 x 7 = 280 à 0,99	277,2
- Surveillance biologique : Numération formule environ 300 B à 0,17	51
- Radiographie osseuse, urographie, poumon environ R 100 à 0,99	99
- Pharmacopée	
TOTAL :	10.154,10

2 - LESION SUSPECTE DU COL UTERIN :

- Amputation du col ou conisation :	
- Hospitalisation 15 jours à 93	1.395
- Honoraires médicaux K 40 à 0,99	39,6
- Arrêt du travail au maximum 2 mois	800
TOTAL :	2.234,6

En conclusion

Un diagnostic aussi précoce que possible du cancer assure le maximum de chances de guérison et on conçoit aisément l'intérêt de son dépistage systématique.

LES RESULTATS

Cette seconde partie sera consacrée au bilan de notre étude sur le dépistage précoce des cancers aux Examens de Santé de la Sécurité Sociale de la Région Parisienne de 1956 à 1965.

Après des données générales, nous présenterons successivement :

I - Le pourcentage des cancers dépistés par année

II - Le pourcentage des cancers dépistés selon la localisation

III - Le pourcentage des cancers dépistés par localisation selon le sexe

IV - Etude sur l'âge moyen des assurés porteurs d'un cancer donné et indication sur les âges extrêmes

V - Le pourcentage de survie avec un recul d'au moins 5 ans.

Ces résultats seront groupés sous forme de tableaux.

Données générales

Notre enquête reposant sur dix années d'activité des Examens de Santé a débuté en Janvier 1956 et s'est terminée à la fin du mois de Décembre 1965.

Pendant cette période, ont été examinés grâce à ce dépistage :

- 790.468 sujets
- 728 assurés ont été reconnus porteurs d'une affection maligne soit 1 cancer pour 1.086 assurés.

Il convient toutefois de préciser que ce chiffre n'est sans doute pas le nombre exact des cancers qui auraient pu être dépistés. En effet, certains malades, à la suite du premier examen, ont immédiatement consulté leur Médecin traitant habituel qui a pris toute mesure thérapeutique utile ; d'autres, par contre, ont refusé de se soumettre à des investigations plus poussées permettant d'en faire la preuve. Enfin, il est vraisemblable que les investigations nécessaires n'ont pas été effectuées sur un petit nombre d'assurés du fait de la banalité ou de l'absence de symptômes cliniques.

C'est pourquoi nous essayons, de plus en plus, d'étendre à un plus grand nombre de sujets présentant parfois des symptômes cliniques minimes, nos examens complémentaires.

Malgré ces réserves inhérentes à tout examen systématique, il est possible

de reprendre une étude d'ensemble de nos résultats qui sont le reflet des moyens actuels de dépistage carcinologique.

Nous allons essayer de dégager, dans chaque chapitre, quelques éléments essentiels variables selon les paramètres envisagés.

I - Pourcentage des cancers dépistés par année (Etude de 10 ans)

Nous avons groupé dans deux tableaux (I et Ibis) le pourcentage des cancers décelés chaque année par rapport au nombre des assurés examinés.

On constate, tout d'abord, que le nombre de sujets vus aux Examens de Santé varie entre 93.001 et 51.548. Ceci est dû au hasard, puisque, chaque année, nous envoyons à peu près le même nombre de convocations.

Si l'on analyse maintenant, en détail, ce tableau, on voit que le pourcentage de cancers dépistés de 1956 à 1960 a été progressivement croissant pour un nombre total d'assurés variant assez peu.

Il est passé de 0,55 ‰ à 1 ‰

Cette augmentation du rendement est très vraisemblablement liée à l'amélioration progressive des techniques cliniques et paracliniques du dépistage et à la mise en place d'un programme plus précis et mieux étudié des examens systématiques de nos assurés. C'est ainsi que les demandes d'examens complémentaires ont été étendues de façon plus large, à des sujets plus jeunes ; l'abaissement, malheureusement souligné par toutes les études, de l'âge habituel du cancer, a motivé cette prospection plus large. D'autre part, une attention plus vigilante a été portée à des symptômes considérés, à tort, comme rassurants (rectorragies attribuées, par le seul interrogatoire, à des hémorroïdes ; nodule mammaire n'inquiétant pas du fait de son ancienneté).

Années	Nombre de cancers dépistés	Nombre d'assurés vus aux examens de Santé	Pourcentage de dépistage pour 1000 assurés
1956	52	93.001	0,55 ‰
1957	71	81.072	0,88 ‰
1958	77	82.976	0,93 ‰
1959	89	92.223	0,96 ‰
1960	93	92.597	1 ‰
1961	74	74.399	1 ‰
1962	71	51.548	1,38 ‰
1963	59	58.931	1 ‰
1964	57	80.654	0,71 ‰
1965	85	83.067	1 ‰
	728	790.468	0,92 ‰

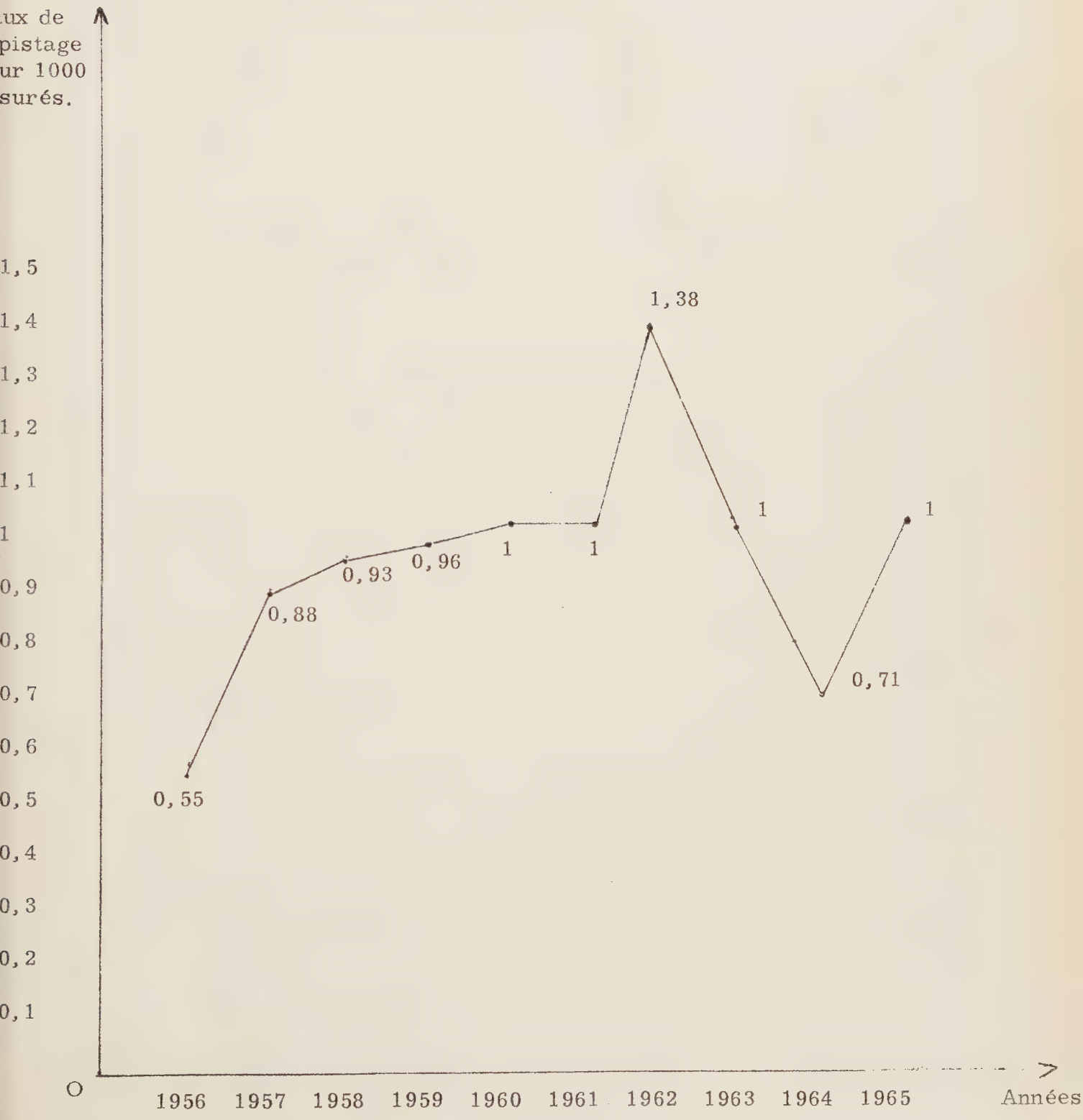
Tableau I

Nombre de cancers dépistés de 1956 à 1965 inclus

Pourcentage de dépistage pour 1.000 assurés, par année.

Tableau I bis

Variation du pourcentage des cancers dépistés chaque année



C'est dire que l'amélioration des techniques d'examens complémentaires d'une part, la meilleure connaissance de la symptomatologie si trompeuse des cancers d'autre part, ont certainement contribué, au cours de ces années initiales de notre Centre, à accroître progressivement le nombre des cancers dépistés.

Si l'on prend en considération maintenant les pourcentages observés depuis 1960, on note aussitôt deux discordances dont nous allons essayer de trouver la ou les raisons.

. La chute du rendement de ce dépistage, en 1964, à 0,71 ‰ est difficile à expliquer. Toutefois, pour des raisons techniques inhérentes au fonctionnement de l'un des circuits, il a fallu réduire les examens complémentaires systématiques de proctologie. Si l'on se reporte au tableau I , l'on note parallèlement une chute assez nette du dépistage dans ce secteur. Cette donnée, cependant, n'apparaît pas comme suffisante sur le plan statistique pour expliquer le chiffre très bas enregistré cette année là.

Nous avons rencontré la même difficulté pour expliquer le chiffre record de 1,38 ‰ obtenu en 1962. Ce rendement élevé coïncide curieusement avec le plus petit nombre d'assurés examinés, par année, au cours de cette étude. Il ne nous a pas été possible de fournir une explication satisfaisante à cette pointe, qui s'inscrit nettement sur le tableau I bis.

Seule, une étude statistique très complète et que nous n'avons malheu-

reusement pas pu réaliser, aurait peut-être permis de déceler un facteur dépendant de la mise en œuvre de techniques nouvelles ou d'une attention plus particulière sur un des organes par certains des Médecins généralistes ou des Spécialistes menant cette enquête.

Ce chiffre pose un point d'interrogation que nous n'avons pu résoudre.

Sous réserve de ces deux années 1962 et 1964, il ressort de cette étude globale qu'un pourcentage de l'ordre de 1 ‰ est obtenu par ce dépistage systématique. Il importe de souligner à nouveau que ce chiffre doit être discuté, considérant les modalités de l'Examen de base et les possibilités de l'envoi de nos assurés vers le "Centre de Diagnostic".

De toute façon, ce chiffre prend une signification toute particulière si l'on tient compte de la diversité des sujets examinés et du fait qu'il s'agit, en principe, de sujets bien portants.

II - Pourcentage des cancers dépistés selon la localisation

Nous avons groupé dans le tableau II les différentes localisations des cancers dépistés par ordre de fréquence décroissante en envisageant les résultats obtenus au cours de chaque année.

Dans le tableau II bis, nous avons fait figurer le pourcentage de chaque localisation tumorale par rapport à l'ensemble des cas dépistés qui se chiffre à 728.

De l'étude de ces deux tableaux ressort un fait majeur :
Le pourcentage très nettement prédominant des cancers du sein (24,3 %) et de la peau (13,2 %) sur l'ensemble des tumeurs dépistées par ces examens systématiques ; deux explications nous semblent pouvoir être retenues

- il s'agit de localisations tumorales facilement accessibles lors des premiers temps de l'examen clinique, c'est-à-dire reconnues par l'inspection et la palpation.
- d'autre part, ces néoformations n'incitent que tardivement les sujets qui en sont porteurs, à aller consulter leur médecin traitant habituel, car elles sont souvent longtemps asymptomatiques.

Il est certain qu'une meilleure éducation sanitaire de la population motiverait plus souvent cette consultation spontanée, mais dans l'état actuel de la psychologie de nos assurés, c'est encore le dépistage systématique qui reste la plus sûre garantie d'un diagnostic précoce.

Tableau II

Répartition des cancers dépistés selon leur localisation par ordre décroissant et par année.

Localisation du cancer	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	Total
Sein	16	19	22	19	23	16	16	13	13	19	176
Peau	9	13	9	5	9	13	15	7	6	10	96
Rectum	7	12	10	16	15	5	6	8	3	9	91
Poumon	2	4	9	7	6	6	7	3	6	10	60
Utérus	7	7	4	4	6	4	5	7	7	7	58
Estomac	3	5	3	5	3	2	2	6	1	4	34
Larynx	2	1	5	3	5	7	2	-	-	4	29
Intestin	1	1	2	6	1	3	5	2	3	2	26
Oesophage	1	2	6	5	4	2	1	-	1	2	24
Parotide	2	4	3	3	2	1	1	1	-	1	18
Prostate	-	-	1	1	6	6	2	-	-	1	17
Métastases pulmonaires	-	-	-	1	6	2	-	-	2	3	14
Pharynx. Cavité buccale	1	1	-	3	1	1	2	1	-	3	13
Thyroïde	1	-	1	2	1	-	1	1	2	1	10
Métastases ganglionnaires	-	-	-	3	1	-	-	1	3	1	9
Métastases hépatiques	-	1	-	1	-	-	-	-	3	3	8

Localisation du cancer	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	Total
Métastases osseuses	-	-	-	1	1	2	-	1	1	-	6
Rein	-	-	1	1	-	-	2	-	1	1	6
Ovaire	-	-	1	1	-	-	1	-	1	2	6
Tumeur du médiastin	-	-	-	1	2	1	-	1	1	-	6
Leucémie	-	1	-	1	-	1	-	-	-	2	5
Vessie	-	-	-	-	1	-	-	1	2	-	4
Hodgkin	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	3
Autre réticulose maligne	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
											4
Testicule	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
Pancréas	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Fibrosarcome des muscles	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Réticulosarcome	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Maxillaire inférieur	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Métastases cutanées	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Cancer généralisé	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Nombre total des cancers dépistés :	52	71	77	89	93	74	71	59	57	85	728

Si l'on met en parallèle le pourcentage des diverses localisations tumorales rencontrées sur notre matériel d'examen systématique avec les taux de mortalité par cancer, publiés en 1964 par l'I.N.S.E.E., il semble possible de retenir une apparente divergence.

En effet, les deux localisations léthales les plus fréquentes sont, au cours de cette enquête, d'une part les cancers gastriques (13 %), de l'autre, les carcinomes trachéobronchiques (9,6 %). Dans notre étude, par contre les localisations pulmonaires (8,3 %) et gastriques (4,7 %) ne s'inscrivent qu'aux quatrième et sixième rangs.

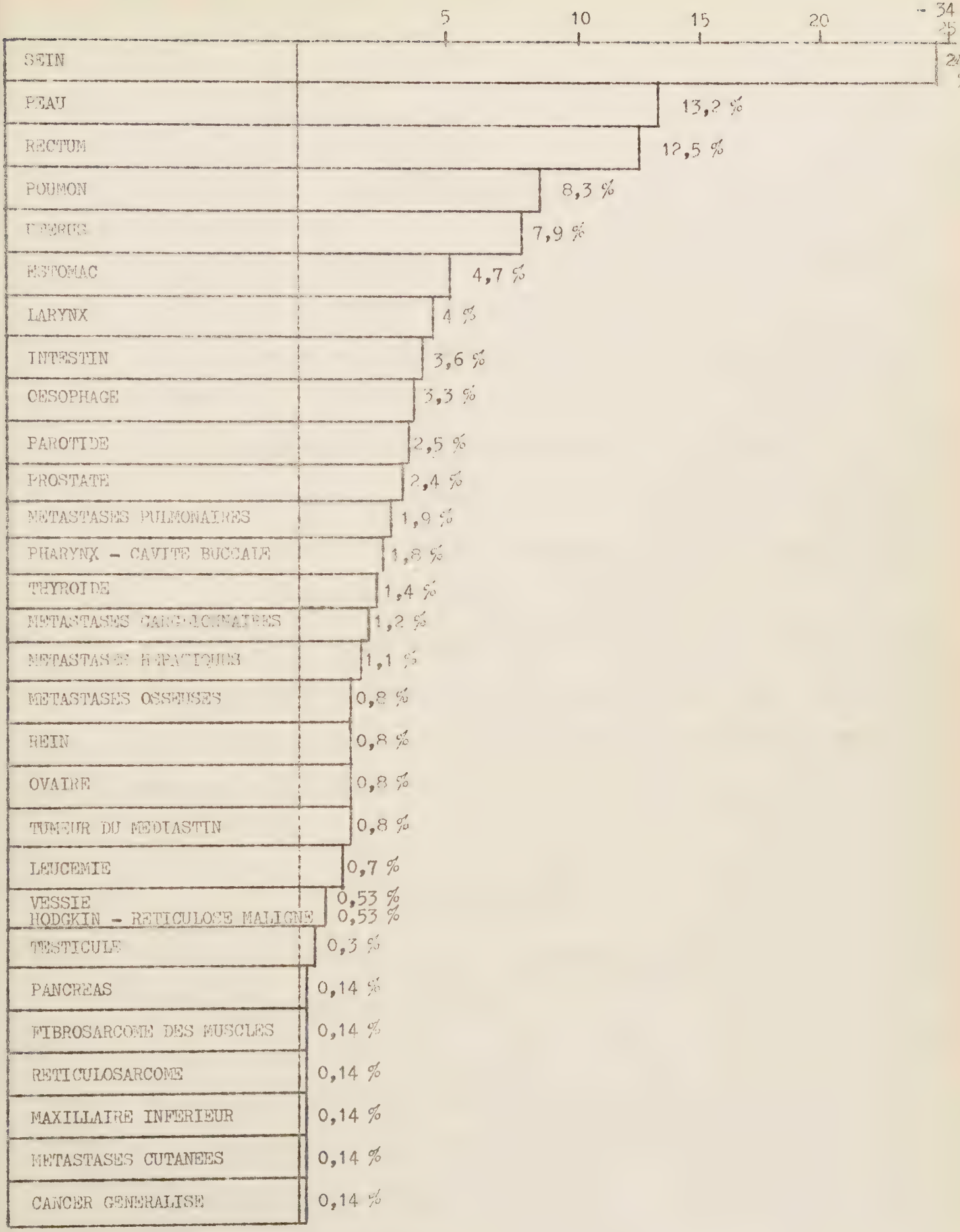
Il est difficile de tirer un enseignement de ces deux types d'études étant donné le pronostic plus ou moins sévère qui s'attache à la localisation même du processus tumoral et qui tient peut-être d'ailleurs au diagnostic tardif, et par là même, au retard thérapeutique des localisations viscérales profondes.

On peut souligner également que le cancer de l'intestin, en excluant les localisations rectales, se situe au troisième rang des causes de mortalité, alors qu'il n'occupe dans notre statistique que le huitième rang. Il se trouve souligner à nouveau, nous semble-t-il, la difficulté du dépistage précoce de cette localisation.

Nous envisagerons, maintenant, les localisations tumorales qui ont fourni les plus forts pourcentages de dépistage par rapport à nos résultats globaux.

Tableau II Bis

Pourcentage comparé des cancers dépistés
selon leur localisation de 1956 à 1965



Localisation

Le cancer du sein

Il occupe de très loin la première place avec un pourcentage de 24,3 %

soit 176 cas sur 728 tumeurs dépistées.

Deux raisons nous semblent expliquer, tout au moins en partie, ce chiffre important :

- d'une part, la fréquence même de cette localisation,
- d'autre part, la relative facilité de son dépistage par la simple palpation des glandes mammaires, qui est un temps systématique de l'examen de base.

Tous les travaux carcinologiques ont montré la nécessité d'avoir recours à une enquête spécialisée devant toute anomalie mammaire. C'est dans cette optique que tout nodule du sein dépisté par notre examen initial est adressé au "Centre de Diagnostic".

Le cancer de la peau

Les cancers cutanés se situent au deuxième rang de notre étude. Ils représentent un pourcentage de 13,2 %

soit 96 cas sur 728.

Nous signalerons à leur propos que, très souvent, les lésions cutanées étaient connues de longue date par les sujets examinés, mais que leur pérennité même, en l'absence de symptômes fonctionnels et d'extension rapide, n'avait pas entraîné l'inquiétude du malade.

La facilité de les reconnaître par la simple inspection ainsi que leur latence fonctionnelle, expliquent très vraisemblablement le pourcentage élevé de leur dépistage.

La connaissance de leur pronostic redoutable dans certains cas permet de souligner l'intérêt de l'inventaire systématique de l'ensemble des revêtements cutané et orificiel au cours des Examens de Santé.

Le cancer du rectum

Il occupe une place importante avec un pourcentage de 12,5 %

soit 91 cas sur 728.

L'on pourrait s'étonner de cette fréquence inattendue. Elle tient très certainement à l'attention toute particulière qui est portée à l'examen proctocarcinologique pour lequel a été créé, en octobre 1964, un circuit propre.

C'est ainsi que tous les sujets présentant des rectorragies, quel que soit leur âge, bénéficient de cette étude orientée.

Il serait sans doute possible d'améliorer ce dépistage par la réalisation systématique d'un toucher rectal dès le premier examen. En fait, pour des raisons psychologiques sur lesquelles nous n'insisterons pas, il a fallu y renoncer et nous n'avons pu motiver un contrôle carcinologique que sur la notion de rectorragies ou d'hémorroïdes.

Le cancer du poumon

Ce cancer, qui représente aujourd'hui l'une des principales causes de mortalité cancéreuse, ne se situe, dans le cadre de notre dépistage, qu'au quatrième rang avec un pourcentage de 8,3 %

soit 60 cas sur 728.

La difficulté de reconnaître une telle localisation tumorale est citée par toutes les études pneumologiques.

Les signes fonctionnels sont souvent en retard dans l'évolution générale de ce cancer ; de plus, étant d'une grande banalité, ils n'attirent pas l'attention des malades.

Quant au diagnostic radiologique, tout particulièrement dans les formes précocement dépistées, il reste délicat.

Dans le cadre de notre enquête, toute anomalie radiographique, n'ayant pas fait la preuve formelle de sa nature, est orientée aussitôt vers le Centre carcinologique.

Il semble difficile d'améliorer, en fonction des données actuelles concernant le dépistage du cancer bronchique, les résultats que nous avons obtenus. La pratique plus large de l'étude cytologique de l'expectoration serait sans doute un moyen de serrer de plus près ce problème, mais il s'agit de techniques délicates exigeant un laboratoire hautement spécialisé.

De toute façon, la découverte de ces cellules néoplasiques chez des sujets dépourvus d'anomalies radiographiques pose aujourd'hui encore un problème pneumologique d'une extrême difficulté que ne peut toujours résoudre l'examen bronchoscopique qu'elle motive.

Le cancer de l'utérus

A la cinquième place avec un pourcentage de 7,9 %

soit 58 cas sur 728.

Ce pourcentage reflète à la fois les cancers du col et du corps utérins. Lors de notre examen de base, le toucher vaginal et les frottis vaginaux n'étant pas faits, l'enquête gynécologique n'est demandée que s'il existe des symptômes fonctionnels. Il est donc impossible de tirer une conclusion de ce dépistage.

C'est pourquoi, dans le cadre des Examens de Santé, a été créée une consultation de dépistage systématique de ce cancer, dont les modalités, le fonctionnement et les résultats sont rapportés dans notre première partie.

Les cancers digestifs

Envisagés dans leur ensemble, 84 cas ont été dépistés.

Le cancer gastrique ne représente qu'un pourcentage de 4,7 %

soit 34 cas sur 728.

Ce faible pourcentage est très certainement lié à la longue latence de cette localisation et à la grande banalité de ses symptômes fonctionnels.

Il en va de même pour :

Le cancer de l'intestin avec un pourcentage de 3,6 %

soit 26 cas sur 728,

et pour

Le cancer de l'œsophage avec un pourcentage de 3,3 %

soit 24 cas sur 728.

Les cancers de la sphère otorhinolaryngologique

Les cancers laryngés

Bien que tout symptôme fonctionnel laryngé, quel que soit sa durée, soit le motif d'un examen spécialisé, il n'a été dépisté que :

29 cas sur 728

dont 6 étaient encore strictement localisés aux cordes vocales.

soit un pourcentage de 4 %.

Chez les hommes, il serait peut-être légitime d'étendre cette étude otorhino-laryngologique à tous ceux reconnaissant une intoxication tabagique avérée.

Les cancers du pharynx et de la cavité buccale

Nous en avons dépistés globalement 13 cas, dont :

1 cancer du pharynx

4 cancers de l'amygdale

8 cancers de la langue

soit un pourcentage de 1,8 %.

Les cancers glandulaires

Les tumeurs de la parotide

Elles occupent la dixième place avec un pourcentage de 2,5 %.

soit 18 cas sur 728.

Ce chiffre est élevé si on le reporte dans l'ensemble de notre étude. La facilité de l'examen des glandes salivaires peut, peut-être, en fournir une explication.

Le cancer de la prostate

Il ne représente qu'un pourcentage de 2,4 %

soit 17 cas sur 728.

Ce chiffre est indiscutablement bas. Il tient, sans doute, à plusieurs faits :

- l'absence de toucher rectal systématique à l'examen de base
- l'absence actuelle du dosage systématique des phosphatases acides
- l'âge électif de ce cancer qui se situe au-delà de l'âge limite habituel de nos examens.

Le cancer de la thyroïde

10 cas ont été décelés

soit un pourcentage de 1,4 %.

Localisations diverses

Les possibilités d'examens complémentaires orientés vers les différentes disciplines a permis de dépister, au cours de ce travail, des localisations tumorales très diverses, que l'examen clinique aurait seulement suspectées.

Il apparaît donc nécessaire qu'un très large éventail des techniques complémentaires soit permis à partir de l'examen initial pour mener dans les conditions les meilleures l'ensemble de ce dépistage systématique.

III - Pourcentage des cancers dépistés par localisation selon le sexe

Une étude comparative entre les deux sexes, de la répartition de ces diverses tumeurs, semble permise par l'équilibre obtenu dans nos deux groupes.

Pour préciser cette étude, nous avons relevé, à titre d'exemple, pendant trois années consécutives, le nombre respectif d'assurés masculins et féminins vus dans les Centres de base à l'exclusion des camions (voir tableau ci-dessous).

Année	Hommes	Femmes
1963	21.478	21.750
1964	24.942	26.172
1965	31.039	30.602
Total	77.459	78.524

Le nombre des assurés examinés dans chaque sexe est donc à peu près le même.

A la lecture du tableau III, on constate que les résultats d'ensemble des cancers dépistés sont les suivants :

- 54,55 % chez la femme
- 45,45 % chez l'homme.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre de cancers dépistés	Pourcentage pour chaque localisation	Nombre de cancers dépistés	Pourcentage pour chaque localisation
SEIN	2	1,15 %	174	98,85 %
PEAU	51	53,7 %	44	46,3 %
RECTUM	58	63,7 %	33	36,3 %
POUMON	55	91,6 %	5	8,4 %
UTERUS			58	
ESTOMAC	20	60,6 %	13	39,4 %
LARYNX	28	96 %	1	4 %
INTESTIN	17	65,4 %	9	34,6 %
OESOPHASE	22	91,6 %	2	8,4 %
PAROTIDE	4	22,3 %	14	77,7 %
PROSTATE	17			
PHARYNX CAVITE BUCCALE	13	100 %		
THYROIDE	4	40 %	6	60 %
REIN	4	66,6 %	2	33,4 %
OVAIRE			6	
TUMEUR DU MEDIASTIN	3	50 %	3	50 %
LEUCEMIE	3		2	
VESSIE	4	100 %		
HODGKIN	3	100 %		
TESTICULE	2			
TOTAL	310	45,45 %	372	54,55 %

Tableau III

Nombre de cancers dépistés pour chaque localisation selon le sexe de 1956 à 1965.

Pourcentages correspondants.

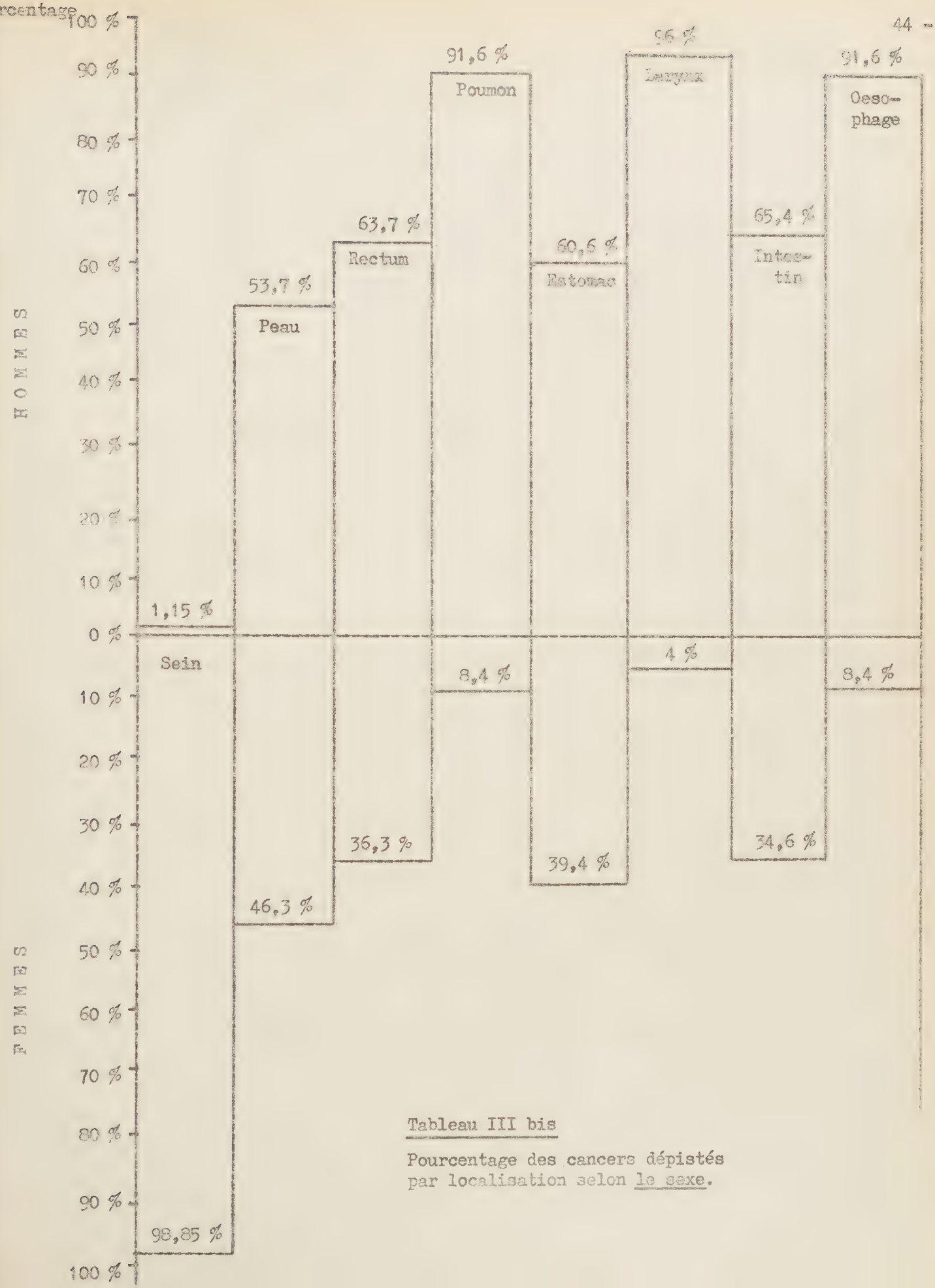
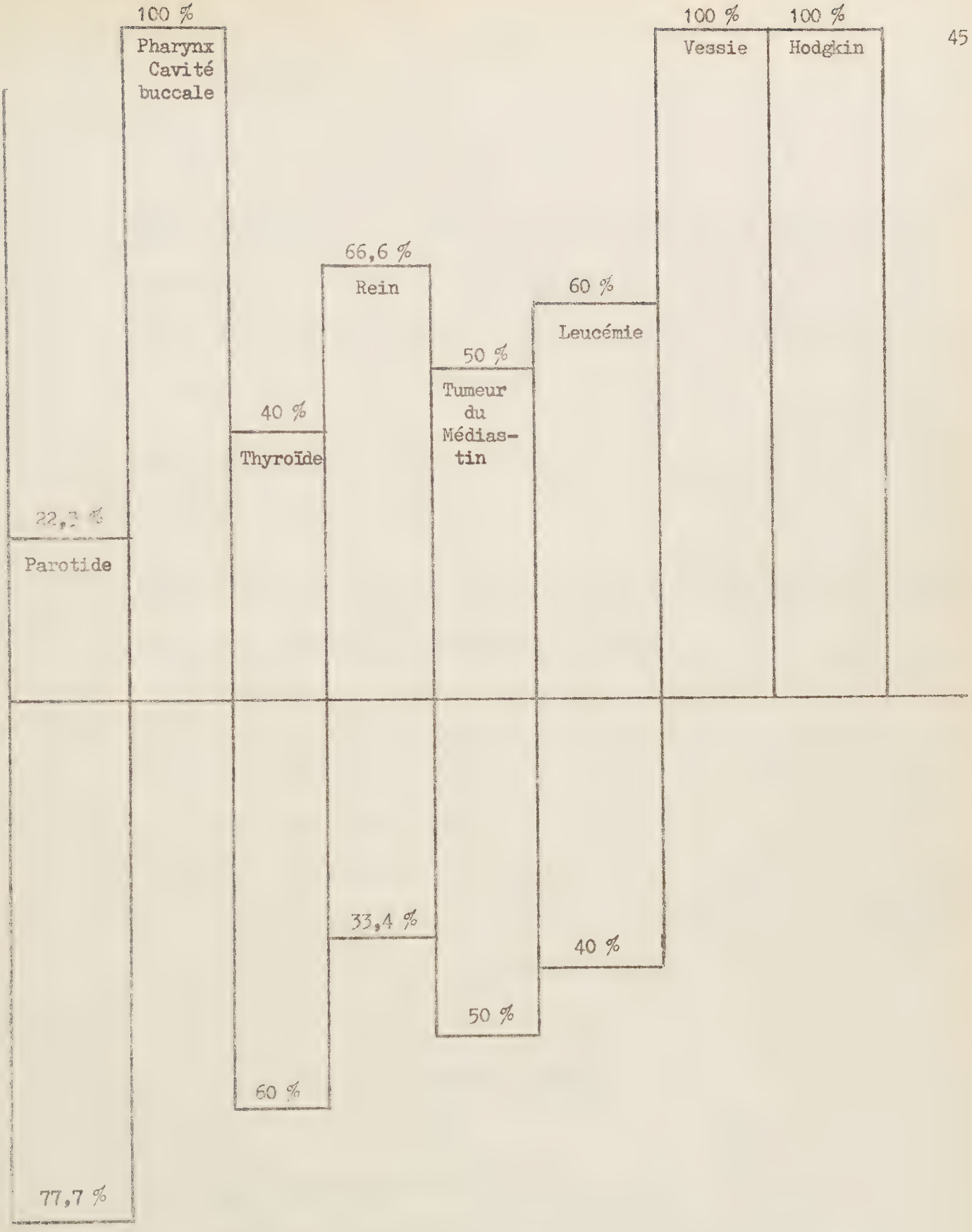


Tableau III bis

Pourcentage des cancers dépistés par localisation selon le sexe.


100 %
Pharynx
Cavité
buccale
100 %
Vessie
100 %
Hodgkin
66,6 %
Rein
60 %
Leucémie
50 %
Tumeur
du
Médias-
tin
40 %
Thyroïde
22,3 %
Parotide
33,4 %
40 %
50 %
60 %
77,7 %

Cette prédominance des tumeurs ainsi décelées chez la femme paraît surtout devoir être expliquée par le nombre important des cancers du sein et de l'utérus, qui ont fait l'objet d'une recherche particulièrement orientée.

Dans les tableaux III et III bis, nous avons repris en détail les résultats, en fonction de la localisation.

Ainsi, nous avons envisagé, en fonction du sexe, trois groupes de tumeurs selon leur répartition prédominante ou voisine.

1 - Les localisations de répartition voisine dans les deux sexes

- Les cancers de la peau

Ils se répartissent avec une égale fréquence dans les deux sexes.

Sur un total de 95 cas (pour un cas, nous n'avons pas pu en savoir le sexe), nous avons constaté :

- 53,7 % chez l'homme
- 46,3 % chez la femme.

- Les cancers digestifs

Nous avons regroupé sous cette rubrique les cancers :

gastrique
intestinal
rectal.

Il existe une légère prédominance masculine comme en témoignent les chiffres suivants (chez l'homme) :

- cancer de l'estomac - 60,6 %
- cancer de l'intestin - 65,4 %
- cancer du rectum - 63,7 %

La prédominance du cancer gastrique chez l'homme est une notion habituellement retenue et qui se retrouve dans notre étude.

Quant à la majorité des localisations intestinales et rectales dans le sexe masculin, que nous avons notée, elle apparaît inhabituelle si l'on retient la classique équivalence dans les deux sexes au cours de ces cancers.

- Les cancers de la thyroïde

Nous n'avons dépisté, au cours de ces dix ans, que 10 cancers du corps thyroïde.

Malgré le petit nombre de cas réunis, nous y retrouvons l'habituelle prédominance féminine située en règle générale autour de 60 à 65 %.

2 - Les localisations à nette prédominance masculine

Quatre localisations sont presque exclusivement retrouvées chez l'homme :

- Le cancer bronchique : 91,6 % chez l'homme

soit un total de 60 cas.

- Le cancer de l'œsophage : 91,6 % chez l'homme
  sur un total de 24 cas.

- Le cancer du larynx : 96 % chez l'homme
  sur un total de 29 cas.

- Les cancers du pharynx et la cavité buccale n'ont été rencontrés que dans le sexe masculin (13 cas).

Cette très large prédominance masculine s'inscrit dans les données habituellement soulignées. Il ne nous a pas été permis, dans le cadre de cette enquête, d'apprécier plus avant la responsabilité éventuelle des facteurs actuellement tenus pour responsables, en particulier l'abus de tabac.

3 - Les localisations à nette prédominance féminine

- Les tumeurs de la parotide

Bien que notre groupe soit limité à 18 cas, ce qui ne saurait permettre une conclusion significative, il en ressort une très franche prédominance féminine.

Nous avons ainsi constaté :

14 cas chez la femme

pour 4 cas seulement chez l'homme

soit un pourcentage de 77,7 %.

- Les cancers du sein

176 tumeurs malignes du sein ont été décelées.

La très large prédominance féminine n'est pas à mettre en évidence.

On retrouve d'autre part le chiffre remarquablement fixé du cancer mammaire chez l'homme qui se situe par tous les critères, de 1 à 1,5 % (DARGENT et MAYER).

Dans notre étude, le pourcentage du cancer du sein masculin se situe en effet à 1,15 %.

4 - Localisations diverses

Les autres localisations tumorales ne permettent pas d'étude comparative étant donné le très petit nombre de cas réunis pour chacune d'entre elles.

Quant à celles qui ne comprenaient qu'un seul cas, elles ne figurent pas sur ces tableaux III et III bis.

IV - Etude portant sur l'âge moyen des assurés porteurs d'un cancer donné

Nous avons établi l'âge moyen des malades dépistés au cours de quatre années consécutives, de 1956 à 1959.

Ces résultats sont figurés sur le tableau IV.

Il ressort de la lecture de ce graphique effectué en fonction de la date de naissance, que l'on retrouve, à partir de nos dépistages, la grande fréquence des cancers après 50 ans avec un maximum apparent entre 50 et 60 ans.

En fait, notre étude ne peut être significative pour les âges plus avancés. En effet, les sujets au-delà de la sixième décennie sont peu touchés par les convocations ; ils se présentent de façon spontanée aux Centres en fonction des possibilités offertes aux ascendants des assurés.

L'étude de l'âge moyen en fonction de la localisation tumorale donne à nouveau, de façon quasi constante, les chiffres fournis par l'étude globale. Si l'on ne prend en considération que les groupes tumoraux comportant plus de 20 cas, l'on note un âge moyen variant entre 55 et 63 ans.

Il semble intéressant aussi de retenir les âges les plus bas de certains cancers :

pour le cancer du sein : 30 ans

pour le cancer de la peau : 29 ans

pour le cancer du rectum : 32 ans

pour le cancer de l'utérus : 30 ans

pour le cancer du larynx : 37 ans

Ces données sont certes déjà bien affirmées.

Nos résultats apportent un élément supplémentaire pour porter la même attention carcinologique aux tranches d'âge inférieur à 45 ans et même à 35 ans, malgré la relative et heureuse rareté des néoformations malignes à cet âge.

Enfin, nous citerons seulement parmi les autres localisations, l'âge moyen plus élevé du cancer de la prostate (66 ans) qui se superpose aux données classiques concernant cette tumeur.

Quant à la maladie de Hodgkin, nous n'en avons observé que trois cas, ce qui empêche toute conclusion ; l'âge moyen de nos trois malades (38 ans) est nettement au-dessous de celui rencontré dans les carcinomes, ce qui est la règle reconnue de cette affection.

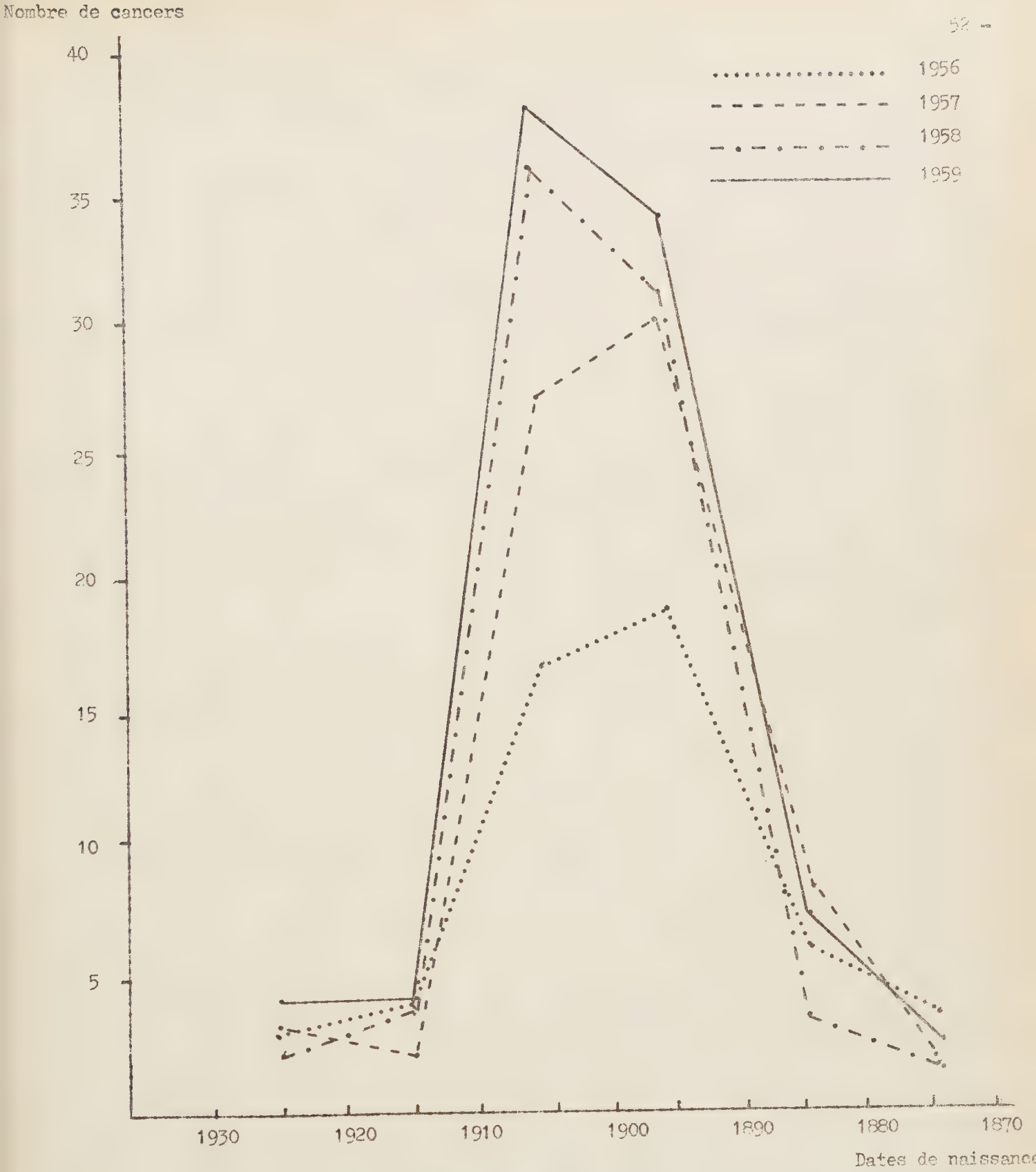


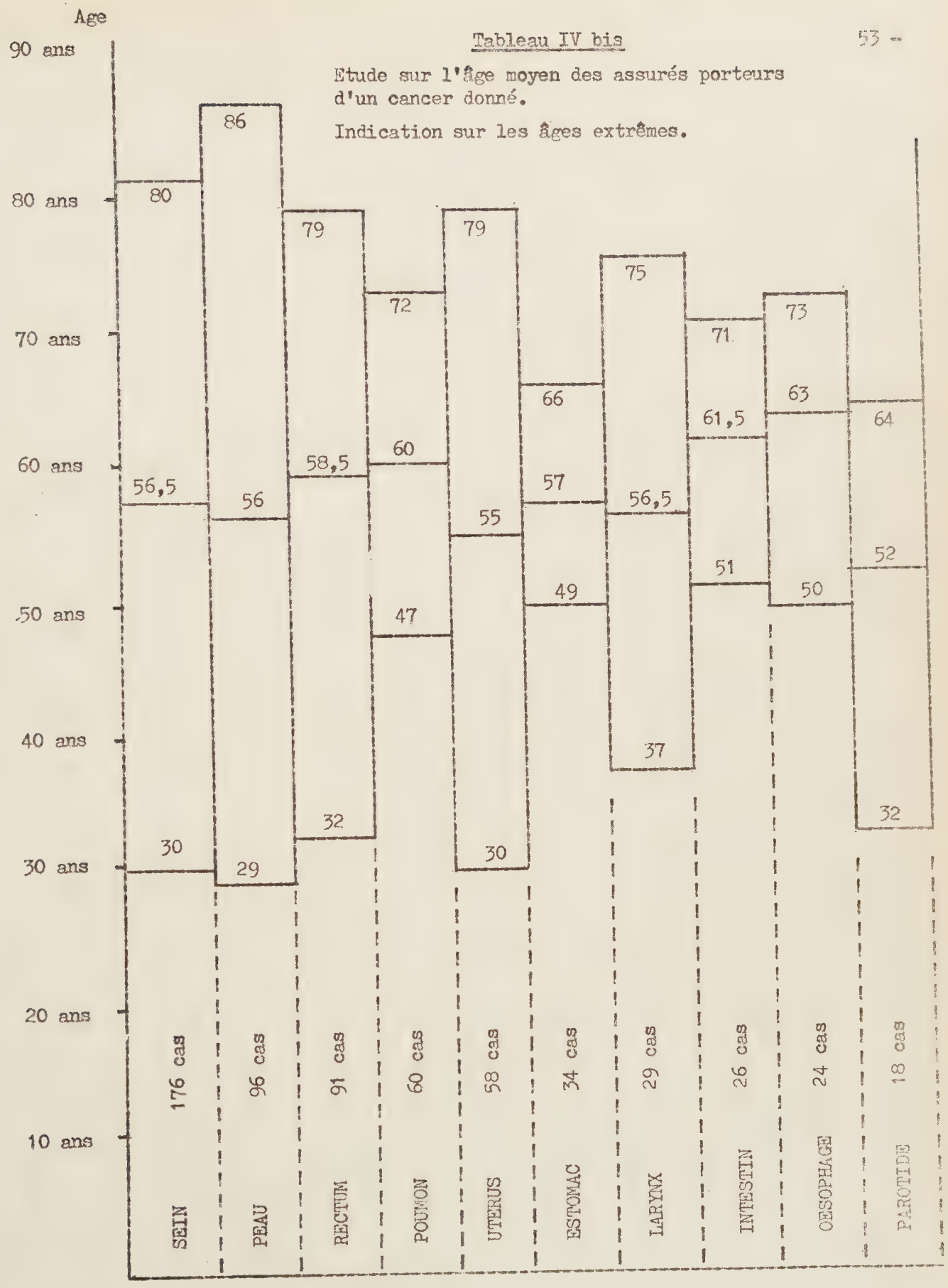
Tableau IV

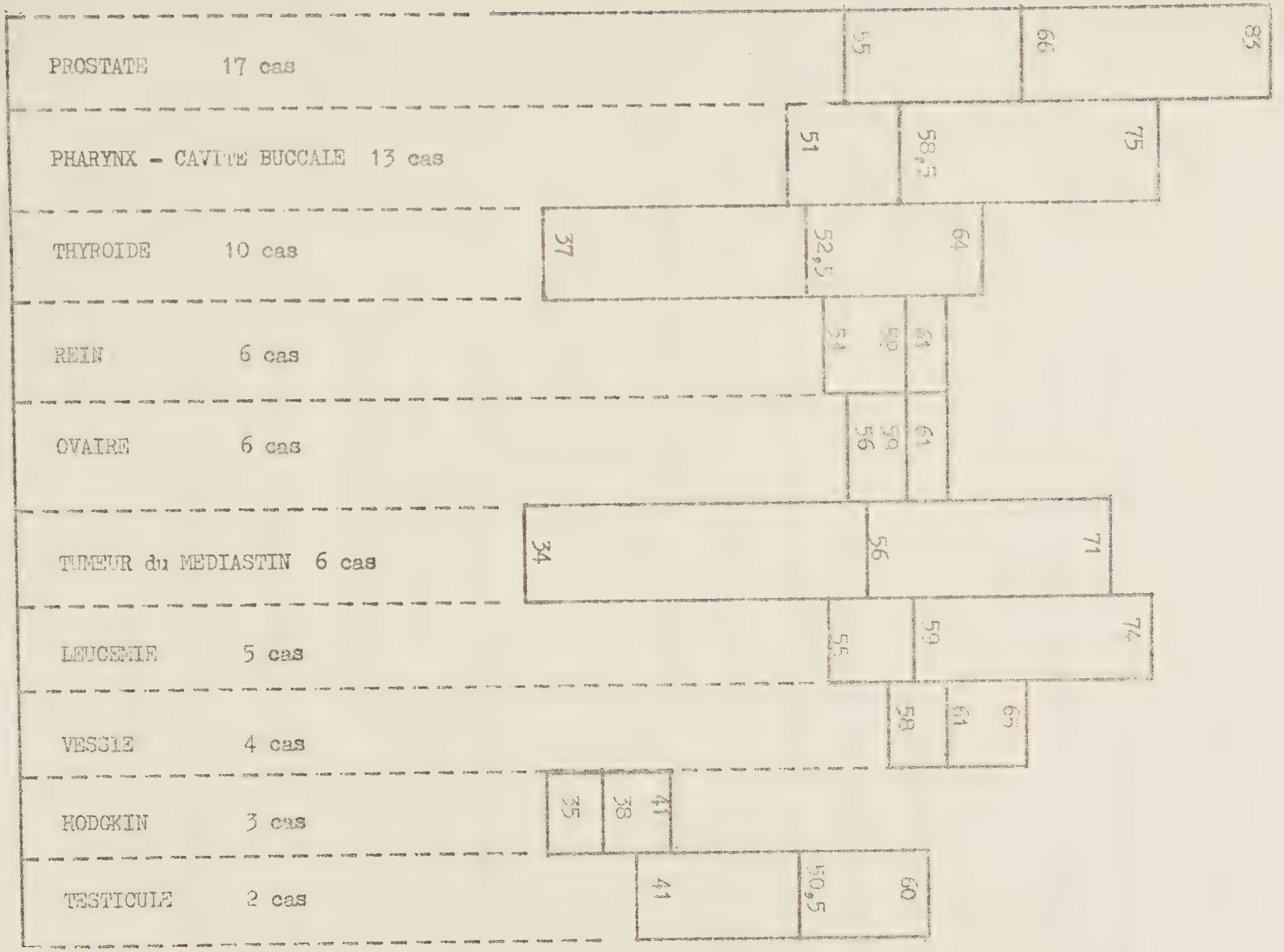
Synthèse montrant sans distinction de localisation ni de sexe, les âges où le cancer présente un maximum de fréquence.
(étude au cours de 4 années consécutives : 1956 - 1957 - 1958 - 1959)

Tableau IV bis

Etude sur l'âge moyen des assurés porteurs d'un cancer donné.

Indication sur les âges extrêmes.




PROSTATE 17 cas
PHARYNX - CAVITE BUCCALE 13 cas
THYROIDE 10 cas
REIN 6 cas
OVAIRE 6 cas
TUMEUR du MEDIASTIN 6 cas
LEUCEMIE 5 cas
VESSIE 4 cas
HODGKIN 3 cas
TESTICULE 2 cas
55
66
83
51
58,5
75
37
52,5
64
54
59
61
56
59
61
34
56
71
55
59
74
58
61
65
35
38
41
44
40,5
60

V - Pourcentage de survie avec un recul d'au moins 5 ans

Dans les deux derniers tableaux V et V bis, sont groupés les pourcentages de survie des différentes affections malignes dépistées au cours des Examens de Santé entre 1956 et 1960.

C'est grâce au service social du "Centre de diagnostic" de carcinologie que nous avons pu établir ces pourcentages. En effet, l'Assistante Sociale de ce Centre s'informe de l'état de santé de nos assurés porteurs d'un cancer, soit à leur domicile, soit dans les Centres de soins, les reconvoque à dates régulières et enregistre les décès.

Dans le tableau V est relevé :

- le nombre global de tous les cancers dépistés entre 1956 et 1960 et dont l'évolution a pu être suivie (ces cancers sont classés par localisation),

- le nombre de décès enregistrés

- enfin, le pourcentage de survie à 5 ans ou plus pour chaque localisation cancéreuse.

Localisation du CANCER	Nombre d'assurés porteurs d'un cancer dépisté entre 1956 et 1960 et dont l'évolution a pu être suivie	Nombre de décès enregistrés	Pourcentage de SURVIE à 5 ans ou plus
SEIN	88	36	59 %
RECTUM	54	15	72,3 %
PEAU	34	0	100 %
POUMON	24	19	21 %
UTERUS	24	4	85,7 %
ESTOMAC	17	11	35,3 %
OESOPHAGE	17	16	6 %
LARYNX	15	11	26,7 %
INTESTIN	10	6	40 %
PAROTIDE	9	1	89 %
CAVITE BUCCALE	6	6	0 %
PROSTATE	6	2	66,7 %
THYROIDE	4	0	100 %
REIN	2	1	50 %
TUMEUR du MEDIASTIN	2	1	50 %
METASTASES PULMONAIRES	2	2	0 %
OVAIRE	1	1	0 %
LEUCEMIE	1	1	0 %
METASTASES HEPATIQUES	1	1	0 %
TOTAL	317	134	

Tableau V

Pourcentage de Survie avec un recul d'au moins 5 ans

Nous avons considéré les assurés porteurs d'un cancer dépisté entre 1956 et 1960 inclus et dont l'évolution a pu être suivie.

Localisation du cancer	Pourcentage de survie à 5 ans ou plus
PEAU	100 %
PAROTIDE	89 %
UTERUS	85,4 %
RECTUM	72,3 %
PROSTATE	66,7 %
SEIN	59 %
INTESTIN	40 %
ESTOMAC	35,3 %
LARYNX	26,7 %
POUMON	21 %
ŒSOPHAGE	6 %
CAVITE BUCCALE	0 %

Tableau V bis

Classification des cancers selon le pourcentage de survie (par ordre décroissant).

Nous n'avons envisagé que les 12 cancers les plus fréquemment dépistés aux Examens de Santé.

Dans le tableau V bis, nous avons sélectionné les douze cancers les plus fréquents classés par pourcentage de survie en ordre décroissant.

Ces pourcentages correspondent donc à une survie d'au moins 5 ans, puisque nous n'avons pris en considération que l'évolution des cancers dépistés entre 1956 et 1960.

CONCLUSION

Nous avons groupé dans ce travail les résultats obtenus concernant le dépistage précoce du cancer au cours des Examens de Santé effectués par la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne sur une période de dix années consécutives (1956 - 1965).

Ces examens ont porté sur des personnes en bonne santé apparente, menant une activité sociale normale ; mais comme ils ne sont pas obligatoires, les conclusions statistiques ne sont pas très rigoureusement applicables à toute la population active pour une tranche d'âge donné. Néanmoins, elles sont d'un grand intérêt.

Cette enquête a porté sur 790.468 assurés, la proportion de tumeurs décelées a été d'environ 1‰ .

La mise en place d'un circuit particulier de gynéco-carcinologie ouvert au public indépendamment des examens périodiques a permis un dépistage nettement supérieur : 1 %.

La confrontation de ces résultats laisse espérer que le développement de techniques d'examens complémentaires dans d'autres domaines pourra permettre un meilleur dépistage.

Le cancer du sein occupe dans notre étude la première place (24,3 % des tumeurs malignes diagnostiquées) d'où l'utilité de la création d'une consultation particulière du cancer du sein permettant d'utiliser les techniques spécialisées dans cette recherche.

Une tentative expérimentale pourra être entreprise afin de doser systématiquement chez tout homme de plus de 45 ans les phosphatases acides, ce qui permettrait de diriger plus tôt les assurés porteurs d'un cancer de la prostate vers une consultation spécialisée.

Enfin, il ressort de notre étude que les cancers du sein, de l'utérus ainsi que les cancers de la peau, sont dépistés assez précocement, alors que les cancers viscéraux profonds ne le sont malheureusement pas, du moins à leur début.

Toutefois, les pourcentages obtenus paraissent légitimer l'extension du dépistage dans les Centres de base et surtout le perfectionnement des circuits spécialisés.

Vu le Président de Thèse
Professeur J. BOYER

Vu le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

DEPISTAGE DU CANCER

BERG B.N. - Un programme de dépistage du cancer dans l'industrie - Arch. Ind. Hyg. Occup. Med. mars 1951, 3, n°3, 279-286,5 tabl

CAPLANNE F. - Le dépistage systématique du cancer bronchique lors des Examens de Santé de la Sécurité Sociale 1956 - 1960. Thèse Paris 1962.

CASTRO E. - Dépistage du cancer - Rev. cir. mars 1960, 13, n° 72, 75-77

CLIFFON E.E. et RUSH B. jr. - Le centre de dépistage du cancer ; son efficacité et son rôle dans le contrôle du cancer ainsi qu'on peut en juger pour l'étude de 1.000 malades consécutifs. Surg. Cyn. obst. décembre 1951, 93, n° 6, 719-726, 5 tabl. (Bibliogr).

COURTIAL J. - Sur le dépistage précoce des cancers - Lutte contre cancer, Janvier, Février, Mars 1952, 30, n° 96, 7-10.

CRAMER H. et GUMMEL H. - Directives pour le diagnostic précoce, le traitement et la prophylaxie des tumeurs malignes, présentées sous forme de tableaux. Strahlenthérapie, 1951, 85, n° 3, 401-408.

DARGENT H. et MAYER M. - Le cancer du sein chez l'homme - Revue Prat. 1956, 6, page PP 1429-1433.

DAY E. - Les examens périodiques de dépistage précoce du cancer - Arch. Ind. Health, octobre 1958, 18, n° 4, 275-277.

DAY E. - Qu'est-ce qu'un check up adéquat pour cancer ? - Postgrad. Med. 1960, 27, 274-284.

DENOIX P.F. - Les diverses conditions du dépistage des cancers - Progrès méd., 10 décembre 1954, 82, n° 23, 488.491.

DENOQUES J.P. - Dix ans de fonctionnement du Centre anti-cancéreux de la IV è région militaire - Thèse Bordeaux, 1957, n° 25.

DONALDSON M. et coll. - Discussion sur le diagnostic précoce et l'éducation du public au sujet du cancer - Proc. Roy. Soc. Med. Juin 1958, 51, n° 6, 403-408.

DUCUING J. - Le dépistage du cancer en médecine du travail - Arch. Mal. prof. 1951, 12, n° 3, 351-354.

ECKMANN L. - Le dépistage précoce du cancer - Schweiz. Med. Wschr. 5 mai 1956, 86, n° 18, 454-455.

HANDY V.H. et GERHARDT P.R. - Dix ans de progrès dans le dépistage précoce du cancer. New York Stade J. Med., 1er mars 1959, 59, n° 5, 793-796.

HUGUENIN R., ALBOT G., PARTURIER-LANNEGRACE M. et SARACINO R. - Organisation du dépistage des tumeurs dans une collectivité - Arch. Mal. prof. 1944-1945, 6, n° 5, 213-221.

HUGUENIN R. et SARACINO R. - Les facteurs sociaux du dépistage des tumeurs Rôle du Médecin de famille, des visites de santé systématiques et de la propagande - Gaz. Méd. France, 1er décembre 1950, 57, n° 23 1185-1189.

HUGUENIN R. et ROUJEAU J. - Le cancer, maladie sociale. Dix années d'expérience de la Consultation de dépistage et de prophylaxie des tumeurs à la S.N.C.F. - Sem. Hôpitaux Paris, 30 juin 1951, n° 48, 2072-2077.

JENSON C.B., SHAHON D.B. et VANGENSTEEN O.H. - La valeur des examens annuels pour le dépistage du cancer (en particulier digestif, prostatique, mammaire et des organes génitaux de la femme) - J.A.M.A. 3 décembre 1960, 174, n° 14, 1783-1788.

JONES H.W. et CAMERON W.R. - Les centres de dépistage du cancer - J. Am. Méd. Ass. 20 mai 1950, 143, n° 3, 228-232.

KOLLER T. - Le diagnostic précoce du cancer - Schwiz. Méd. Wschr. 5 mai 1956, 86, n° 18, 449-450.

L'EPEE P. et LARRARD J. (de) - Sur le dépistage du cancer en Médecine du Travail - J. Méd. Bordeaux, Novembre 1954, 131, n° 11, 1296.

L'EPEE P. et LARRARD J. (de) - Sur le dépistage du cancer en Médecine du Travail - Arch. Mal. prof. 1955, 16, n° 5, 488-495.

MATHIAS J. - L'organisation sociale du dépistage précoce du cancer. Les directives actuelles - Thèse Nancy, 1943-44, n° 21.

MICHOLET J. - La contribution apportée par la Caisse Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne au dépistage précoce du cancer - Evol. Méd., Juillet - Août - Septembre 1965, 9, n° 3, 347-351.

NISSEN R. - Remarques sur le dépistage précoce du cancer - Schweiz. Méd. Wschr. 5 mai 1956, 86, n° 18, 458.

RAMIOUL H. et LIEGOIS A. - Résultat d'une action de prophylaxie anti-cancéreuse systématique entreprise sur la population d'un arrondissement. Bull. Ass. franç. Et. Cancer, janvier-mars 1961, 52, n° 1, 75-97, 10 fig.

RECHENBERG H. K. (Von) - Le dépistage précoce du cancer - Schweiz. Méd Wschr. 5 mai 1956, 86, n° 18, 451-454 (Bibliogr).

ROUVILLOIS H., BAZY L. et HUGUENIN R. - Une étape de la lutte anti-cancéreuse, l'organisation du service de dépistage et de prophylaxie des tumeurs de la S. N. C. F. (1er avril 1941) - Presse méd. 11 septembre 1943, n° 34, 497-498.

TUNGETHAL M. - A propos de la consultation cancérologique prophylactique avec considération particulière des centres de dépistage précoce des tumeurs. Strahlenthérapie, mai 1960, 112, n° 1, 133-160, 7 fig. 9 tableaux (Import. bibliogr) - (résumé français).

WHITTED H. H. - Dépistage précoce du cancer dans des groupes de la classe pauvre de la société - Arch. of Environ. Health, février 1963, 6, n° 2, 280-285 (Bibliogr.).

WYNDER E. L. et coll. - Etude de l'épidémiologie du cancer du sein - Cancer, 1960, 13, 559.

- Bulletin de l'Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale (I. N. S. E. E.) - tome 20, 1965, n° 6 p. 735-766.

- Dépistage du cancer - Med. J. Australia, 29 juillet 1961, 48, n° 5, 185-186.

- Séminaire sur le dépistage précoce du cancer - Informations (Sem. Hôp. Paris), 26 décembre 1965, 41, n° 37, 13-14.

- Séminaire sur le dépistage précoce du cancer - Gaz - Hôp., 31 décembre 1965, 137, n° 36, 1647.

TABLE DES MATIERES

	Pages
- Introduction	
- Organisation du Centre de dépistage	1
I - Définition et but des Examens de Santé	1
II - Législation régissant les Examens de Santé dans le cadre de la Sécurité Sociale	1
III - Organisation des Examens de Santé dans la Région Parisienne	4
IV - Population explorée	4
V - Le déroulement des Examens de Santé	6
VI - Le Centre de Diagnostic de Carcinologie	9
VII - Dépistage systématique des cancers du col de l'utérus aux Examens de Santé	14
- Les Résultats	21
Données générales	22
I - Pourcentage des cancers dépistés par année (étude de 10 ans)	24

Pages

II - Pourcentage des cancers dépistés selon la localisation 29

III - Pourcentage des cancers dépistés par localisation selon le sexe 42

IV - Etude portant sur l'âge moyen des assurés porteurs d'un cancer donné 50

V - Pourcentage de survie avec un recul d'au moins 5 ans 55

Conclusion 59